

肢の感覚低下を自覚していた。また、自発性の低下を家族から指摘されていた。上記の症状を主訴に当院を受診。MRI (FLAIR) では mass effect を伴った右基底核と腫大した左三叉神経が脳幹部 REZ から high intensity lesion として認められた。精査目的に入院した。病変部はいずれも CT/MR で造影されず。髄液細胞診では Class 2 であり、腫瘍細胞は認めなかった。Choline-PET で max SUV: 0.8-1.2 と低値ながらも集積を認めた。脊髄 MR では腫瘍性病変を認めなかった。5 月 12 日右基底核部の FLAIR high intensity area の lesion に対して定位的に生検術を施行。ligoastrocytoma の診断であった。Grade 2 で播種を起こすのは考えにくいいため、左三叉神経に対しても 5 月 28 日生検術施行。基底核部と同様の病理診断であった。後療法として両方の領域を含んだ拡大局所照射を施行した (2Gy/fr, total 50Gy)。【考 察】この症例は oligoastrocytoma でありながら、播種ではなく、解剖学的連続性も認めない部位に同時期・多発性に病変が認められたことである。これらの点について文献的考察を加え症例を検討する。

4. 巨大嚢胞による水頭症を伴った基底核の germinoma with STGC

齋藤 太, 河野 和幸, 渡辺 仁
風間 健, 米澤あづさ

(佐久総合病院 脳神経外科)

平戸 純子 (群馬大医・附属病院・病理部)

巨大嚢胞による水頭症を伴った基底核の germinoma with STGC に対して神経内視鏡が有用であったので報告する。

症例は、17 歳男性。主訴は左上肢の動かしにくさに母親が気づき近医を受診した。頭部 CT で右基底核を中心に嚢胞を伴う腫瘍を指摘され当院へ紹介された。来院時は頭痛、吐き気、左片麻痺を認めた。MRI で多発嚢胞を伴う基底核を主座とした造影腫瘍を認めた。血清 AFP 2ng/ml, HCG- β subunitng 0.4/ml であった。手術は、前角経由で内視鏡的嚢胞開放すると内容は血清であり腫瘍内出血と思われた。十分還流除去してクリアにした後、dry field で腫瘍生検を施行した。術中迅速診断は、high grade glioma で他の部位の生検を追加して終了した。術後、水頭症も解除され、麻痺は消失した。髄液細胞診で異型細胞はみられなかった。永久診断は、germinoma with STGC の診断で全脳照射 23.4Gy と CARE 療法を行い腫瘍は縮小傾向である。文献学的考察を行う。

5. 最近経験した insular glioma の 1 例

堀口 桂志, 吉田 貴明, 宮城島孝昭
長岐 智仁, 相島 薫, 長谷川意純
菅原 健一, 好本 裕平

(群馬大医・附属病院・脳神経外科)

最近経験した insular glioma の手術例を報告する。

症例 73 歳女性

歩行障害にて発症し、前医での精査にて脳腫瘍が疑われ、当院へ紹介。右島回の造影病変および左視床の造影されない病変を認めた。2ヶ月の経過にて、造影効果の出現、病変の拡大を認めたため右島回病変に対し、開頭腫瘍摘出術を施行した。Trans sylvian approach にて、柔らかい腫瘍を subtotal removal した。病理診断は、anaplastic pilocytic astrocytoma で、Mib-1 LI は 9.2% であった。後療法として temozolomide 併用放射線療法を行った。対側の視床病変は経過とともに悪化が疑われた。他院にて保存的加療中。術後 4ヶ月の MRI では、右島回病変は比較的制御されているが、左視床病変のさらなる拡大を認めた。

6. 最近経験したグリオーマの手術より～左中心前回 glioblastoma の一例

菅原 健一, 川島 隆弘, 長岐 智仁
佐藤 晃之, 本多 文昭, 堀口 桂志
登坂 雅彦, 好本 裕平

(群馬大医・附属病院・脳神経外科)

症例は 56 歳、男性。右顔面～上肢の痙攣にて発症。徐々に失語症状、右手の運動障害が出現した。画像上、左中心前回に ring 状に造影される径 3cm の腫瘍性病変を認め、FDG-PET, FMT-PET, MRS より high grade glioma が強く疑われた。機能的 MRI では病変は手の領域に位置し、Tractography では錐体路は腫瘍後内側に偏位して描出された。以上より前腕～下肢の運動機能を温存して積極的な摘出が可能ではないかと判断し手術を行った。ナビゲーションシステムと電気生理学的モニタリングを併用した。病変の中心前溝側～下方は境界ぎりぎりのところで剥離、上方～中心溝側では白質刺激を行いながら吸引除去をすすめ、最終的に 6 mA で反応の得られたところで摘出を終了した。造影領域は大部分摘出された。術後、右半身に麻痺の出現を認めたが、徐々に術前のレベルに回復した。病理組織診断は glioblastoma であった。テモゾロマイド、インターフェロン β 併用で放射線治療を施行中である。今回、中心前回病変の摘出は演者にとって初めての経験であり、術中、実際の程度まで摘出して良いものか迷いながらの摘出であった。詳細な術前検討を行い積極的な摘出が可能な症例を見分けることが重要と考えられたが、経験によるところも非常